

JianMing ZhongXiYi JieHe

ShenZangBingXue

简明

主编 李方玲 王祥生 袁 兵

中西医结合

肾脏病学

科学技术文献出版社

简明中西医结合肾脏病学

主 编 李方玲 王祥生 袁 兵
副主编 秦 燕 吴西英 张青梅 柴守方
编 委 (按姓氏笔画排列)
李方玲 王祥生 秦 燕 李东晓
吴 娟 吴西英 张青梅 柴守方
袁 兵 熊 伟

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

简明中西医结合肾脏病学/李方玲,王祥生等主编.-北京:科学技术文献出版社,
2008.10

ISBN 978-7-5023-6114-3

I. 简… II. ①李… ②王… III. 肾疾病-中西医结合-诊疗 IV. R692

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 110056 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话 (010)51501739

图书发行部电话 (010)51501720,(010)51501722(传真)

邮 购 部 电 话 (010)51501729

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 樊雅莉

责 任 编 辑 樊雅莉

责 任 校 对 唐 炜

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 北京国马印刷厂

版 (印) 次 2008 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 787×1092 16 开

字 数 494 千

印 张 21.5

印 数 1~4000 册

定 价 42.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

**向您推荐我社部分
优秀畅销书**

.....

临床用药技巧

肿瘤内科疾病临床治疗与合理用药	62.00
神经内科疾病临床治疗与合理用药	38.00
精神科疾病临床治疗与合理用药	32.00
内分泌科疾病临床治疗与合理用药	22.00
血液科疾病临床治疗与合理用药	32.00
小儿内科疾病临床治疗与合理用药	59.00
耳鼻咽喉科疾病临床治疗与合理用药	65.00

注:邮费按书款总价另加 20%

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

本书对近年来中西医肾脏病学的临床应用及新进展进行阐述。全书共分 3 部分内容,上篇介绍了肾内科门诊经常见到的症状、体征,并对引起这些症状、体征的非肾脏疾病进行了较为全面的概述,以拓宽医生的诊断范围,减少漏诊误诊,同时对于中医症状给予了简明的辨证;中篇介绍了肾内科常见综合征的表现、病因及大部分根底疾病的临床表现特点、诊断依据或诊断标准,以供诊断时参考;下篇介绍了临床常见的肾脏病诊断依据或诊断标准、鉴别诊断要点、治疗的具体措施及处理意见,中医的病因病机和辨证施治,部分名老中医的治疗经验。本书可供基层医院的医师、住院医师及实习医师阅读参考。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干。

前 言

由于我国肾内科发展水平不平衡,许多基层医院肾内科多从属于大内科,而影响了肾系疾病的诊治水平。以狼疮性肾炎为例,据报道在我国乡一级医院的误诊率几乎为100%,县一级医院的误诊率为50%~70%,在地市级医院误诊率仍高达30%~50%。基层医院的医生工作繁忙、涉及面广,时间、精力有限,需要简单扼要的肾脏病诊治册子指导临床,为此笔者组织了部分多年从事肾脏病临床的专家和中青年博士、硕士研究生编写了这部小册子。该书的突出特点是简明扼要,实用性强,关于流行病学、生理病理等内容在许多肾脏病专著中已有详细的论述,故从略,而偏重于中西医结合的临床诊断、鉴别诊断及治疗措施。

全书共分3部分内容,上篇介绍了肾内科门诊经常见到的症状、体征,并对引起这些症状、体征的非肾脏疾病进行了较为全面的概述,以拓宽医生的诊断范围,减少漏诊误诊,同时对于中医症状给予了简明的辨证;中篇介绍了肾内科常见综合征的表现、病因及大部分根底疾病的临床表现特点、诊断依据或诊断标准,以供诊断时参考;下篇介绍了临床常见的肾脏病诊断依据或诊断标准、鉴别诊断要点、治疗的具体措施及处理意见,中医的病因病机和辨证施治,部分名老中医的治疗经验。本书可供基层医院的医师、住院医师及实习医师阅读参考。

本书在编写过程中,参考引用了大量的文献书籍,限于篇幅只在书稿的最后列举,在此向所有的原作者深表感谢。

书中的治疗措施中,列出的药物除有说明外,均为成人常用药量;中草药为一日量,水煎服用。由于病情、体质、季节气候、地域、药物配伍等差异,书中的方药、剂量仅是举例以供参考。

虽然本书的编者均为多年工作在肾脏病专科临床第一线的中青年医师,但由于理论水平和临床经验的限制,加之当前肾内科临床研究日新月异,新方案不断涌现,书中存在诸多的错误和遗漏,敬请读者指正。

目 录

上篇 肾脏病常见症状诊断与辨证思维

第一章 尿量异常	(3)
第一节 少尿或无尿	(3)
第二节 多尿	(6)
第三节 夜尿增多	(8)
第二章 排尿异常	(10)
第一节 尿频 尿急 尿痛	(10)
第二节 其他排尿异常	(12)
第三章 尿的色、质、味异常	(14)
第四章 水肿	(17)
第五章 蛋白尿	(22)
第六章 血尿	(26)
第七章 腰痛	(30)

中篇 肾脏病综合征的诊断思维

第一章 肾小球疾病的临床综合征	(35)
第一节 急性肾炎综合征	(35)
第二节 急进性肾炎综合征	(38)
第三节 肾病综合征	(40)
第四节 慢性肾炎综合征	(44)
第五节 无症状性血尿和(或)蛋白尿	(47)
附 世界卫生组织(WHO)1982年关于肾小球疾病的病理学分类	(49)
第二章 肾小管间质性肾炎综合征	(52)
附 肾小管性酸中毒	(57)

下篇 常见肾脏病的诊断与治疗

第一章 原发性肾小球疾病	(61)
第一节 绪言	(61)
第二节 急性肾小球肾炎	(68)
第三节 急进性肾小球肾炎	(82)
第四节 原发性肾病综合征	(92)

附 中华中医药学会肾病分会关于原发性肾病综合征的诊断、 辨证分型及疗效评定(试行方案).....	(112)
第五节 慢性肾小球肾炎.....	(115)
附 中华中医药学会肾病分会关于慢性肾小球肾炎的诊断、 辨证分型及疗效评定(试行方案).....	(134)
第六节 无症状性血尿和(或)蛋白尿.....	(137)
第七节 IgA 肾病.....	(142)
第二章 继发性肾脏病.....	(151)
第一节 狼疮性肾炎.....	(151)
第二节 糖尿病肾病.....	(167)
第三节 过敏性紫癜性肾炎.....	(186)
第四节 原发性小血管炎肾损害.....	(195)
第五节 高血压性肾损害.....	(205)
附 恶性肾小动脉硬化症.....	(213)
第六节 高尿酸血症肾病.....	(215)
第七节 肾综合征出血热.....	(223)
第八节 多发性骨髓瘤肾脏损害.....	(228)
第三章 肾小管-间质病变	(237)
第一节 急性间质性肾炎.....	(237)
第二节 慢性肾小管-间质性肾炎	(243)
附 临床常见的几种类型的慢性间质性肾病.....	(246)
第四章 尿路感染.....	(252)
第五章 尿路结石.....	(264)
第六章 肾功能衰竭综合征.....	(273)
第一节 急性肾功能衰竭综合征.....	(273)
附 1 急性肾小管坏死	(285)
附 2 特发性急性肾功能衰竭	(293)
第二节 慢性肾功能衰竭综合征.....	(294)
附录 肾脏病的常规检查项目、参考值及其临床意义	(321)
参考文献.....	(331)

上 篇

肾脏病常见症状诊断与

辨证思维



第一章

尿量异常

正常人在一般情况下每昼夜(24小时)尿量为500~2500 ml(平均1500 ml,日尿量与夜尿量之比为2:1至3:2)。尿量一般与摄入的水量成正比。许多情况如饮食、气温、环境、劳动、精神紧张等均能影响尿量,如摄入多、饮浓茶、咖啡、寒冷汗少,可使尿量增加;摄入少、高温、剧烈运动、出汗多,可使尿量减少。病理情况下的尿量改变(异常),可分为少尿或无尿、多尿、夜尿增多3种病理情况。

第一节 少尿或无尿

成人24小时尿量少于400 ml(或每小时尿量少于17 ml),小儿每小时尿量少于10 ml/m²称为少尿;成人24小时尿量少于100 ml或12小时完全无尿称为无尿。少尿和无尿是临床上威胁生命的极其严重的症状,必须尽早作出诊断,及时找出病因,并予以迅速有效的处理。

一、少尿的临床分类与各类疾病的特点

少尿或无尿的病因大致可分为肾前性、肾性、肾后性3大类。

(一)肾前性少尿或无尿

由于各种肾前因素引起低血容量,以致肾血流量减少,肾小球有效滤过压降低,肾小球滤过率减少所致。常见病因:各种原因所致的休克,严重的体液丢失(如呕吐、腹泻,摄入不足,大面积烧伤、创伤,大量应用利尿剂等),心肌梗死,严重心律失常,充血性心力衰竭等。诊断要点为:①有导致血压低或血容量不足的原发病病史和体征。②尿常规检查多正常,尿比重增多(常在1.020以上),尿渗透压升高,尿肌酐/血肌酐比率大于20,肾衰指数小于1,血尿素氮升

高明显,血肌酐略微升高。③去除病因,血压或血容量恢复正常后,尿量可迅速增多。

(二)肾性少尿或无尿

肾性少尿是由于各种肾实质疾患所致,或由于肾前性病因、肾后性病因未能及时去除使病情发展所致。可分为肾小球、肾小管-间质、肾血管疾患3类。

1. 肾小球性疾病

由急性肾炎综合征、急进性肾炎综合征、肾病综合征、慢性肾炎综合征急性发作等所致。常有明显的蛋白尿、血尿、水肿、高血压等。另外终末肾、肾移植后急性排异反应,亦可发生少尿,据病史可以诊断。

2. 肾小管-间质疾病

(1)急性肾小管坏死 是引起急性肾衰的常见病因。由各种原因引起的急性肾缺血,如休克、大出血、严重创伤(挤压综合征、大面积烧伤、大手术后等)、严重感染、血型不合的输血;各种肾毒性物质中毒,如重金属、抗生素、X线造影剂、蛇毒、蜂毒、生鱼胆、DDT乳剂等引起。在少尿期出现低比重尿,尿渗透压降低,肾衰指数大于2等。

(2)急性间质性肾炎 多由于药物过敏、急性肾盂肾炎、败血症、非类固醇类抗炎药等所致。多有肾区叩击痛,白细胞尿,肾小管性蛋白尿,血尿,药物过敏所致者尿中可有嗜酸性粒细胞增多,重症应与急性肾小管坏死、急进性肾炎鉴别,肾活检可助确诊。

(3)肾乳头坏死 多有糖尿病、止痛药肾病、尿路梗阻等病史,腰或上腹部绞痛,肉眼血尿,尿中可见坏死组织脱落,静脉肾盂造影有助诊断。

(4)双侧肾皮质坏死 多见于妊娠后期妇女,尤其合并胎盘早期剥离的病人,肾功能呈进行性急剧恶化,透析治疗后肾功能亦不能恢复,肾活检可确诊。

3. 肾血管疾患

(1)肾血管阻塞,即肾静脉或肾动脉血栓形成或栓塞 病人多有心脏病病史、外伤史、高凝状态,突发肾区疼痛、血尿、少尿,肾功能急剧恶化,选择性肾动、静脉造影(造影检查可有严重并发症,多限于手术病人)。放射性核素检查等有助于诊断。

(2)恶性肾硬化 临床多见于中年高血压患者,血压剧升;或年轻患者呈急进性高血压起病,血压明显升高,尤其是舒张压升高可达16 kPa(120 mmHg)以上;常伴有心衰、脑病、眼底视乳头水肿及出血;可有蛋白尿、血尿、少尿、无尿、肾功能急剧恶化。

(3)肾脏的小血管炎 见于各种原发性或继发性肾小血管的坏死性、过敏性损伤,多以全身小血管的损害为主,临床可有皮疹,关节疼痛,肌痛,体重下降以及肺、心、胃肠等脏器损害,多伴有血尿、蛋白尿。

(三)肾后性少尿

肾后性少尿或无尿多由于机械性下尿路梗阻或膀胱功能障碍所致的尿潴留,常见病因如下。

1. 结石

两侧肾盂或输尿管结石梗阻;或一侧梗阻,对侧病肾无功能或引起对侧反射性无尿;膀胱、尿路结石。病人多有肾绞痛或排尿痛,发作性血尿,或触及肿大的肾脏、膀胱,B超、腹部平片、尿路造影检查等有助诊断。

2. 肿瘤

膀胱、前列腺处多见。多见于中、老年病人,可突然出现完全无尿,或少(无)尿与多尿交替出现,多有无痛性血尿。膀胱镜、肛肠指诊有助诊断。腹腔巨大肿瘤、前列腺增生、妊娠子宫亦可导致少尿或无尿。

另外输尿管内脓块、血块,输尿管内炎症水肿、瘢痕,特发性腹膜后纤维增生症,神经性膀胱,药物(如阿托品)等也可引起少尿或无尿。

二、少尿的诊断思维步骤

(1)一般来说,诊断的第一步应该是按照病人的一日尿量是否小于400 ml来确定是否属于少尿,但由于少尿和无尿是临床上威胁生命的极其严重的症状,当病人述说有尿量减少的时候,就要在临床上高度重视。在排除摄入少、高温、剧烈运动、出汗等生理情况下,病人的日尿量较平常有明显减少的情况,也要从“少尿”的症状进行临床诊断。

(2)如是少尿,则首先排除肾后性少尿和肾前性少尿。多双肾、膀胱尿潴留可见于多种疾病中,日久亦可致不可逆性肾衰,但早期及时处理,肾功能有望恢复,而早期注意体检、B型超声等泌尿系统影像学检查多能确诊,否则令人痛心惋惜;肾前性少尿多见于危重病人,如果忽视而发展成肾性少尿乃至无尿,岂不是雪上加霜。

(3)排除了肾后性少尿和肾前性少尿,最后才考虑肾性少尿。肾性少尿如果肾脏的形态大小没有明显的缩小,要争取做肾脏活检,明确病理诊断。

三、少尿的中医辨证

少尿或无尿,在中医学归属于“小便不通”和“小便不利”,前者指有尿液但排泄不出体外,类似于肾后性少尿或无尿;后者相当于肾性少尿和肾前性少尿或无尿。如《杂病源流犀烛·小便闭癰源流》中指出小便不利有三:“若大便泄泻,而津液涩少,一也”,即类似于肾前性少尿;而

“热搏下焦，津液不能行者，二也”，有部分属于肾后性少尿；“若脾胃气滞，不能通调水道，下输膀胱而化者，三也”，可以认为属于部分肾性少尿。

若病人尿少或无尿，出现于大汗、大吐、大泻、亡血等之后，病人可有口干渴、乏力、头昏等，属于气虚津亏、津液耗竭、尿液生化乏源所致，治当益气生津为主。

若病人尿少或无尿，伴有发热恶风寒或有面目浮肿、咳喘，属于风邪袭肺，肺气失宣，不能通调水道、下输膀胱而致，治当宣肺行水。

若病人尿少，伴有身热、烦闷、口苦、舌红苔黄腻，属于湿热内阻，三焦水道不通，治当清利湿热，攻逐水湿。

若病人尿少，下肢浮肿为主，伴有畏寒肢冷，属于脾肾阳虚，气化不利，治当温阳化气行水。

若病人尿少，与情绪关系密切，多属于气滞水道不利，治须疏肝行气利水。

若病人尿少，发生于月经前，或尿少伴有舌质紫暗、瘀点，是有瘀血阻滞的因素存在，治当加用活血化瘀、理气行水之品。

第二节 多 尿

多尿是指 24 小时的尿量经常超过 2 500 ml。病人尿次虽多但尿量达不到 2 500 ml/d 不为多尿。

一、多尿的分类与各类疾病特点

根据时间长短可分为一过性多尿和持续性多尿。

(一) 一过性多尿

健康人饮水过多或进食含水过多的食物时可出现暂时性生理性多尿现象。此外，①水肿病人应用利尿剂治疗有效时，②心力衰竭病人使用洋地黄类或利尿剂治疗，③黏液性水肿应用甲状腺素治疗期间，④急性肾功能衰竭恢复期，⑤梗阻性肾病梗阻解除后大量肾积水排空，⑥肾移植后利尿，⑦大量输入葡萄糖、液体、甘露醇，⑧高蛋白、高热量饮食及高分解状态，⑨暑热症无汗口渴尿多等也可出现暂时性多尿现象。

(二) 持续性多尿

持续性多尿属于病理性，通过尿比重，血、尿渗透压测定区分为高渗性多尿和低渗性多尿，临床上常分为 4 类。

1. 中枢性多尿

多由于各种原因引起抗利尿激素(ADH)相对或绝对缺乏所致,如垂体性尿崩症、头颅损伤、头颅手术、垂体切除等。主要临床特点:

- (1)多尿,相继引起多饮和烦渴,日尿量多在 5 000 ml 以上,甚至可高达 10 000 ml。
- (2)尿比重低(1.000~1.005),尿中无其他病理成分,尿渗透压低(50~200 mOsm/kg·H₂O)。
- (3)高渗盐水试验无反应;禁水试验后尿量不减少,尿比重上升一般不超过 1.010;垂体加压素试验敏感,在数小时内尿量减少,尿比重升高,口渴缓解,自觉良好。
- (4)ADH 测定有助于诊断。

2. 内分泌代谢性疾病

(1)糖尿病 是临床中最常见有多尿现象的疾病之一,但病者有三多(多尿、烦渴多饮、多食)、二少(体重减轻、乏力)、二糖(血糖增高、尿糖阳性)现象,尿量一般不超过 5 000 ml/24 h,临床上易于诊断及与肾性多尿鉴别。

(2)原发性醛固酮增多症 病人有多尿(夜尿增多更突出)和烦渴,但以低钾血症、阵发性肌无力或麻痹、高血压、水肿为主要表现,血、尿醛固酮增高,安体舒通试验可使血压下降、血钾正常、症状消失,B超或CT检查肾上腺有助诊断。

(3)原发性甲状旁腺功能亢进 病人有高血钙性多尿、烦渴、低比重尿,但以高血钙、低血磷、尿路结石、骨病、血碱性磷酸酶增高为特征。

3. 精神性多尿

多见于 20~50 岁的妇女,多伴有精神不正常或神经官能症症状,多饮多尿症状较轻且波动大。与尿崩症相比,尚能耐受口渴。垂体加压素试验尿量可减少,但多饮烦渴不改善,自觉更不适。高渗盐水试验反应明显,滴注后尿量明显减少,尿比重上升,尿渗透压升高。

4. 肾源性多尿

只有损害肾小管-间质的原发性或继发性肾脏疾病可导致多尿症状的发生。常见的有:慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、高血压性肾损害、肾小管疾病(肾性糖尿、肾小管性酸中毒、肾性尿崩症、失盐性肾炎、特发性高钙尿症、急性肾小管坏死多尿期等)、高血钙性肾病等。

二、多尿的诊断思维步骤

多尿的诊断程序如下。

- (1)首先确定尿量是否达到多尿的诊断标准。
- (2)要根据病史、用药情况注意是否为一过性多尿。
- (3)在排除了一过性多尿后,先考虑常见病如糖尿病。

(4)对于考虑中枢性多尿和精神性多尿者要加做高渗盐水试验和垂体加压素试验。

(5)排除了其他原因后才考虑肾源性多尿。

三、多尿症状的中医辨证

多尿,《诸病源候论》称之为“小便利多”。《内经》指出“肾为胃之关”,肾主水,肾气下通于阴,膀胱者津液之府,主藏尿液,小便乃水液之余,气化而出。可见多尿与肾和膀胱关系最为密切。

若病人多尿明显伴有口渴多饮、乏力,多属于肾之气阴两伤,气虚不能固摄,治予益气养阴为主。

若病人尿液澄清而量多,是谓小便清长,伴有腰膝酸软、疲乏无力,辨证为肾气虚弱,失于固摄,不能制约水液,故小便清长,尿量多,治当益气补肾固摄为主。

《素问·至真要大论》说:“诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒”,若病人小便清长,伴有畏寒肢冷、酸软乏力,是谓肾阳虚弱,下焦虚惫,肾之摄纳不固,约束无权,肾关门不利而见小便频繁量多,治应温肾摄尿。

第三节 夜尿增多

病人夜间排尿次数增多且当夜尿量超过全天总尿量的一半时,称为夜尿增多。仅有夜间排尿次数增多,而没有尿量的增多,不属于夜尿增多的范畴。

一、夜尿的分类与各类疾病的特点

夜尿次数增多和夜尿量增多可由肾脏病变及非肾脏病变2种情况所致。

(一)非肾脏病变

(1)生理情况下健康人睡前大量饮水,尤其是大量饮用浓茶、咖啡、啤酒可以出现夜尿次数及尿量增多。从病史及尿常规检查正常可资鉴别。

(2)水肿、心力衰竭的病人由于夜间平卧时肾血流量增加或服用利尿剂,可以出现夜尿量增多。

(3)原发性醛固酮增多症的病人也可以夜尿增多为主诉。

(4)精神性夜尿,如神经质或精神紧张,当膀胱轻度充盈时即有尿意而排尿,部分遗尿者的